INFORMACION PARA LOS SRES. PADRES: Todo alumno deberá cumplimentar anualmente el examen médico determinando la normalidad de su aptitud cardiovascular y sus funcionalismos generales, en vista a la conveniencia de que trabajen activamente en la escuela y en el gimnasio. Debe ser entregada durante la primera semana de clases a la maestra. Sugerimos completarla durante los meses de enero y febrero dado que los consultorios estatales o de obras sociales no tienen tanta demanda.

La Dirección

## FICHA DE APTITUD FISICA <u>AÑO</u>: 2024 – Jardín y Primaria

## DATOS PERSONALES:

Apellido	Nombre	Curso	Sección	N° D.N.I	
Domicilio	Localidad	Teléfono	Fecha Nac.	Grupo Sanguíneo	
HISTORIA CLINICA					

Enfermedades Padecidas  () Sarampión () Poliomielitis () Escarlatina ()Epilepsia/Convulsiones () Difteria () Tos Convulsa () Impétigo () Sinusitis ()Paperas ()Varicela () Rubéola () Mononucleosis () Hepatitis () Otras	Enfermedades que padece/es propenso () Asma () Bronquitis () Resfríos () Afección oído () Afección ojos () Afección nariz () Enuresis () Desmayos () Cardiopatías () Diabetes () Otras	Intervenciones Quirúrgicas () Apendicitis () Amigdalitis () Hernia () Fracturas () Esguinces () Implante coclear () Diábolo () Otras	Vacunas Recibidas  () BCG	a// e// e//////////////			
¿Durante los últimos 3 años fue internado alguna vez? SI NO ;  ¿Por qué?  Se observan irregularidades en el sueño? SI NO Se observan irregularidades en la alimentación? SI NO SE ALERGICO A:  Comidas: SI NO ¿Cuáles?:  Medicamentos: SI NO ¿Cuáles?:  Picaduras de insectos: SI NO ¿Cuáles?:  Antibióticos: SI NO ¿Cuáles?  ¿Está tomando algún medicamento? SI NO ¿Cuále?  ¿Está bajo algún tratamiento médico? SI NO ¿Cuál?  ¿Está bajo algún tratamiento psicológico? SI NO Obra social a la que pertenece:  N° de afiliado:							
condiciones de salud, lo auto salud y notificaré cualquier contratada en ese momento y	rizo a participar en las cla anomalía que se presente que en caso de urgencia se	ses y en Ed. Física. Asin e. También autorizo que ea trasladado a un hospi	se nismo me hago responsable del sea atendido por la emergen tal público. Tel:	control periódico de ecia médica que esté			
	 Firma del Padre/Madre			aración			